Lane Medical Library

Historisch-kritische Darstellung der Operationen des Prolapsus uteri.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie,

welche

nebst den beigefügten Thesen

mit Genehmigung der medicinischen Facultät

der vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

am Freitag den 23. December 1881, Vormittags 11 Uhr,

öffentlich vertheidigen wird

Philipp Herbst,

approb. Arzt aus Stassfurt.

Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Olshausen.

Opponenten:

Dd. G. Heineken, pract. Arzt.

G. Quicken, cand. med.

HALLE.

Druck von E. Karras.

1881.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153713_0017

Seinem Onkel W. NAUMANN

widmet diese Arbeit

in Liebe und Dankbarkeit

der Verfasser.

Der Prolapsus uteri ist ein Leiden, das jedenfalls ebenso alt ist, als die Menschheit. So lange Weiber Kinder gebären, haben sie auch an den Folgen des Geburtsactes zu leiden gehabt; und unter diesen nimmt der Scheiden- und Gebärmuttervorfall die erste Stelle ein.

Trotzdem ist diese Affection alle Zeiten hindurch so vernachlässigt worden, dass wir erst in den letzten Decennien von einer wissenschaftlichen Behandlung sprechen können. Soranus war von den Aelteren der Einzige, der den Scheiden- und Gebärmuttervorfall mit eingehenderer Wissenschaftlichkeit behandelte und eine für seine Zeit rationelle Therapie vorschlug.

Es wäre deshalb nutzlos, auf die alten Autoren näher einzugehen. Die Geschichte der wissenschaftlichen Behandlung des Prolaps fängt erst in unserem Jahrhundert mit Gérardin an. Er war der Erste, der das noch heute befolgte Princip zur Heilung des Prolaps aufstellte, durch den Affect einer plastischen Operation dem prolabirenden uterus ein Hinderniss entgegenzusetzen. Er beraubte durch Cauterisation die vagina in ihren unteren Theilen an zwei gegenüberliegenden Stellen ihrer Schleimhaut und heilte diese Stellen zusammen. Die Scheide war dadurch theilweise obliterirt und sollte den uterus zurückhalten.

Dasselbe Princip — nemlich durch plastische Operationen den uterus am Vorfall zu hindern, befolgten alle Späteren. Doch dauerte es sehr lange, ehe man es practisch so weit verwerthen konnte, dass man auch wirklich von dauernden Heilerfolgen sprechen konnte.

Unter den verschiedensten Operationsmethoden, die angegeben und ausgeführt wurden, lassen sich die ersten unter

dem Namen der Episiorrhaphie vereinigen. Dieselben wählten sich den Scheideneingang zum Operationsfeld und suchten durch Verengerung desselben — Bildung einer neuen Scheidenklappe — theilweise Vereinigung der grossen Labien — den uterus zurückzuhalten.

Diese, sowie das Gérardinsche Verfahren konnten das Leiden nur halb beseitigen. Denn es ist klar, dass der uterus jetzt immer noch so weit prolabirte, bis er in dem neugebildeten Damm ein Hinderniss fand d. h. bis dicht über den Scheideneingang. Der uterus stand also immer noch um ein Erhebliches tiefer als normal. Die Scheide war immer noch zum Theil invertirt. Die Zerrung, die die dislocirten Theile aneinander ausübten, bestand fort. Das dadurch bedingte Circulationshinderniss, die hyperämische Schwellung des uterus selbst u. s. w. und damit auch die subjectiven Beschwerden der Patientin waren nur zum Theil beseitigt. Mit einem Worte: Die Heilung konnte keine vollständige sein. Man hatte nichts weiter erreicht, als den Prolapsus in einen Descensus verwandelt. Auch stellte es sich sehr bald heraus, dass der so gebildete neue Damm viel zu schwach war, um den vergrösserten uterus auf die Dauer am Vorfallen zu hindern. Bald hatte dieser das schwache Hinderniss verdrängt, und das alte Leiden war in seinem vollen Umfang wieder hergestellt.

Immerhin war es ein Fortschritt, dass man überhaupt endlich gewagt hatte, blutig zu operiren, dass man an der Stelle der bisherigen mehr oder weniger experimentirenden Therapie eine auf der Basis theoretischer Combination ruhende Behandlungsweise gesetzt hatte. Das Verdienst dieses Fortschrittes gebührt Günther und Mende und vor allen Dingen Fricke, der das von ersteren nur angegebene Verfahren auch wirklich ausführte. Er, so wie Alle, die nach ihm die Episiorrhaphie ausführten, wie Scanzoni, Dieffenbach, Credé und Andere, operirten trotz mannigfacher Modificationen — theils der Operationsmethode selbst — theils der Ligaturen mit mehr oder weniger negativem Erfolg.

Man wählte deshalb die vagina selbst als Operationsfeld, suchte dieselbe erstens zu verengen und zweitens durch

die angelegten Narben rigider machen. Erreichen wollte man dieses, indem man Stücke aus der Vaginalschleimhaut entfernte und die Wundränder der angefrischten Stellen durch die Naht oder ohne dieselbe zur Verheilung brachte. Die durch diesen Substanzverlust in ihrem lumen, durch die Narbenstreifen derber und fester gemachte Scheide liess sich nun viel schwerer durch den prolabirenden uterus invertiren als vorher. Ein primärer Vorfall der Scheide selbst war ebenfalls durch die festen Narben sehr erschwert. Und so scheinen diese Methoden, die man unter den Namen der Kolpodesmorrhaphie zusammenfassen könnte, sehr wohl geeignet zu sein den Prolaps zu heilen. Sehen wir, in welcher Weise dieselbe von den verschiedenen Practikern zur Ausführung gebracht wurde.*)

Den Uebergang zu diesen Methoden der Kolpodesmorrhaphie muss man in dem Verfahren Malgaignes suchen. Er gerieth zuerst auf den Gedanken, nicht blos die vulva, sondern etwas höher hinauf in die vagina hinein anzufrischen. Doch war seine Anfrischung immer noch nicht ausgiebig genug, um eine definitive Retention des uterus zu erzielen. Trotz der verschiedenen Modificationen gelang es keinem der Operateure den Prolaps zu heilen. Unter diesen Modificationen verdienen zwei besonders genannt zu werden. Die eine von Küchler bezieht sich auf die Naht. „Er theilte zuerst die Naht und legte die eine Hälfte in die Scheide, die andere, aussen auf den Damm.“ Die andere stammt von Breslau und bezieht sich auf die Operation selbst. Er schnitt die abgetrennten Hautlappen nicht weg, sondern vereinigte sie nach aussen umklappend so, dass ein Kamm auf dem Damm entstand.**)

Nur der Komik halber sei hier noch die Methode von Dommes angeführt. Er wollte den uterus dadurch zurück-

---

*) In der Darstellung der Methoden des Kolpodesmorrhaphie habe ich mich im Wesentlichen an Fritsch, Lageveränderungen der Gebärmutter und an C. v. Engelhardts, „Simons Kolporraphia post.“ gehalten.

**) S. Fritsch, Die Lageveränderungen der Gebärmutter S. 207 und folgende.

halten, dass er goldene Ringe durch die grossen labien legte. Eine nähere Besprechung dieser Methode ist wohl überflüssig.

Die Ersten, die allein in der Scheide operirten also die Kolpodesmorrhaphie als solche ausführten, waren Bellini und Blasius.

„Blasius zog an vier Stellen der vagina kreisförmige Ligaturen horizontal durch die Vaginalwandungen. Diese Ligaturen zog er an und liess sie herauseitern. Es sollte auf diese Weise die Scheide enger und an ihren Unterlagen durch Narbenbildung wieder fester werden. Er will damit völlige Heilung erzielt haben.“ *)

Andere versuchten mit Cauterien dasselbe zu erzielen. Laugier bediente sich wie Gérardin des argentum nitricum, Philipp der rauchenden Salpetersäure, Jobert de Lamballe des Glüheisens, Velpeau, Kennedy, Dieffenbach, Henning, Colles und Simon des cauterium actuale. Von Chipendale wurde sogar die Tripperinfection vorgeschlagen. An dieser Stelle ist auch das Pincement des Desgranges zu erwähnen „Besonders construirte kleine Zangen, nach Art der Serres fines sollten überall in die vagina eingekniffen werden, hier durcheitern und so die vagina befestigen. Monatelang sollte diese Behandlung fortgesetzt werden.“

Ueber alle diese Methoden muss ein im Allgemeinen absprechendes Urtheil gefällt werden. Vor Allen sieht man, dass man sich auch hier vielfach zu der Cauterisation verirrte. Ich glaube nicht, dass die Aetzung durch Chemicalien (argentum nitricum, rauchende Salpetersäure) in ihren accidentuellen Folgen, wie in ihrem operativen Effect ganz sicher zu beherrschen ist. Das ferrum candens kann nur in der Hand eines ausgezeichneten Operateurs so sicher geführt werden, dass unnöthige und wegen der Nachbarschaft wichtiger Organe, z. B. der Blase, schwerwiegende Verletzungen mit voller Sicherheit vermieden werden können, dass vor allen Dingen der Erfolg auch der schmerzhaften Operation entspricht.

Nach Chipendale's Vorschlag ist ein vernünftiger Opera-

*) Fritsch, Verlagerungen der Gebärmutter S. 207.

teur wohl niemals verfahren; welche Erfolge er selbst damit erzielt hat, ist mir nicht bekannt; nach meiner Meinung muss ein virulenter Katarrh der vagina eher das Gegentheil als eine Rigidität der Vaginalwandungen erzeugen. In den seltenen Fällen des Prolaps, die nicht als eine Folge der Geburt und des Puerperiums entstehen, sind es ja doch zumeist gerade die katarrhalischen Zustände der vagina, durch die eine Auflockerung der vagina hervorgerufen und damit die Chancen zur Entstehung eines Prolapses erst gegeben werden. Es ist eben Nichts so unsinnig, dass sich nicht Jemand fände, der es für vernünftig hielte.

Ebenso ist das Pincement des Desgranges auch wohl mehr am Schreibtisch, als am Operationstisch entstanden. Ich glaube nicht, dass irgend eine Patientin die Geduld und Willensstärke gehabt hat, diese Methode bis zum Erfolg an sich zur Ausführung bringen zu lassen. Man denke sich blos, die fortwährenden Schmerzen, die durch das Einlegen kleiner Zangen entstehen, monatelang ertragen zu müssen. Die meisten Frauen würden es wahrscheinlich vorziehen, ihren Prolaps zu behalten, als sich durch diese Kur monatelang maltraitiren zu lassen.

Aber ganz abgesehen von den Ausstellungen, die man an den einzelnen Modificationen der Kolpodesmorrhaphie machen muss; auch das Princip an und für sich ist ein durchaus falsches, der Entstehungsweise des Prolaps durchaus nicht entsprechendes. Selbst wenn die vielfach unsicheren Operationsmethoden insofern zum Ziele führten, als damit eine Verengerung der Scheide und eine grössere Festigkeit ihrer Wandungen erreicht wurde, so war die Retention des uterus damit immer noch nicht sicher gestellt, wenigstens nicht eine dauernde. Man muss nun bedenken, dass die grösste Anzahl der an Prolaps leidenden Kranken der niederen Gesellschaftsklasse angehören, welche fortwährend schwere körperliche Arbeiten verrichten müssen, um es zu begreifen, dass bei den meisten der auf diese Art operirten Patientinnen der Vorfall sich früher oder später wieder ausbildete. Der Erfolg dieser Operationen scheiterte denn auch in den meisten Fällen an der grossen Dehnbarkeit der

Scheidenwandungen; und wenn man bedenkt, welcher Ausweitung dieselben in der Geburt durch den Kindskopf fähig sind, so kann man sich nicht wundern, dass ein, wenn auch vergrösserter uterus auch ein hochgradig verengtes Scheidenlumen allmählig erweitert und tiefer tritt.

Auf bessere Erfolge konnte man erst dann rechnen, als man mit besserer Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse der Scheidenwandungen sich gerade die Scheidentheile als Angriffspunkte machte, die eben aus diesen anatomischen Gründen zuerst und allein vorfallen, d. h. die vordere und hintere Vaginalwand. Das that zuerst Marshall Hall, nach ihm Sims und Emmet. Sie frischten die vordere Vaginalwand an, zuerst in Form einer Ellipse, dann war ihre Anfrischungsfigur ein Dreieck, zuletzt wählt Sims die Figur einer Maurerkelle. Die Operationsmethoden, die an der hinteren Vaginalwand anfrischen, beschränkten sich meist nicht auf die vagina allein, sondern verbanden die sogen. Episiorrhaphia mit der Elytrorrhaphia, d. h. sie frischten die hintere Vaginalwand und Schamspalte zugleich an, so Baker Brown, Henning und Andere. Hierher sind auch die Methoden von Simon und Heger zu rechnen. Bischoff und Martin gingen nach Freund's Vorgang von einem anderen Principe aus. Ihre Methoden müssen desshalb gesondert betrachtet werden.

Eine isolirte Stellung zwischen diesen Methoden nehmen sowohl der Franzose Huguier und ganz neuerdings Neugebauer ein.

Zum Theil scheinen mir diese Methoden den schweren Vorwurf zu verdienen, dass mit ihnen die Aetiologie des Uterusvorfalls im Allgemeinen sowohl, wie des jedesmal vorliegenden Falles nicht genügende Berücksichtigung findet oder dass man (wie Huguier) von falschen Ansichten über die Aetiologie dieses Leidens ausging.*)

---

*) S. Fritsch: Frauenkrankheiten. Schröder: Krankheiten der weiblichen Genitalien. Martin: Ueber Uterusprolaps. Klinische Vorträge No. 183 und 184. Herausgegeben von Volckmann. — Hüffell: Pathol. Anatomie des Uterusprolaps.

Recapituliren wir uns in kurzen Worten den Begriff und die Entstehungsweise des in Rede stehenden Leidens nach den Anschauungen, die von den Autoren und Autoritäten heutigen Tages vertreten werden. Nur so werden wir die theoretische Berechtigung der hierher zu rechnenden Operationsmethoden beurtheilen können: Die Grundursache des mit den Namen „Prolaps" bezeichneten Leidens liegt in der bei weitem grössten Anzahl in den Veränderungen, die die weiblichen Genitalien durch die Gravidität, den Geburtsakt und das folgende puerperium erfahren.

Sie bestehen in der Gravidität*) in einer Hypertrophie der Scheidenwandungen, die sich zunächst in dem Verschwinden der feinen Querrunzeln der virginalen Beschaffenheit, dann in einer Ausweitung des Scheidenlumens und dem Hineindringen der gewulsteten Wände in dieses lumen zu erkennen giebt", — in der Geburt in einer oft gewaltsamen Ausweitung dieser hypertrophirten Gewebe oder in einer Zerreissung derselben, namentlich der hinteren Vaginalwand.

Eine mangelhafte Pflege im Wochenbett und dadurch behinderte Involution der Genitalien und der angrenzenden Gewebe, namentlich das peritoneums und des Beckenbodens, verbunden mit der bei Wöchnerinnen gewöhnlich erschwerten Defäcation und Urinentleerung bilden schliesslich die wesentlichsten Momente, durch die sich auf Grund der in der Gravidität und Geburt physiologisch und pathologisch veränderten Gewebe der Prolaps entwickelt.

Der Primäre ist in den bei weitem meisten Fällen ein Scheidenvorfall und zwar nach der Häufigkeit geordnet:

I ein Vorfall der vorderen Scheidenwand,
II ein Vorfall beider Seheidewände,
III ein Vorfall der hinteren Scheidenwand**).

Nur in ganz seltenen Fällen invertirt sich die Scheide ähnlich wie der Darm ringförmig von allen Seiten. Dies liegt in der anatomischen Anordnung der normalen Scheidenwandungen. Es liegen nemlich die vordere und hintere

*) Martin: Klinische Vorträge.
**) Schröder, Krankh. der weibl. Genitalien.

Vaginalwand breit aneinander. Die seitlichen stehen senkrecht, so dass auf dem Durchschnitt die Figur eines liegenden H entsteht.

Erst der Scheidenvorfall hat nun secundär den prolapsus uteri zur Folge. Dieser entwickelt sich nun in folgender Weise: die in der Gravidität hypertrophirten — im Geburtsact gewaltsam ausgeweiteten — durch mangelhafte Pflege im puerperium schlecht involvirten Scheidenwandungen stülpen sich aus dem introitus vaginae hervor. Schon dadurch wird eine Zerrung am cervix uteri ausgeübt. Haben diese dislocirten Scheidenwände nun auch noch eine Dislocation der benachbarten Organe (der Blase mit dem Mastdarm) zur Folge, so bietet sich folgender circules vitiosus aus: Eine Dislocation der Blase in das Scheidenlumen hinein, eine Cystocele, erschwert oder macht die vollständige Urinentleerung unmöglich. Die Folge davon ist häufiger Urindrang und kräftige Anwendung der Bauchpresse. Dadurch wird wieder die prolabirte Scheidenwand und mit ihr die Blase immer weiter in das Scheidenlumen hineingetrieben. Bei der viel seltneren Rectocele ist der Vorgang mutatis mutandis derselbe. Die Zerrung, die so von den Vaginalwänden am cervix uteri ausgeübt wird, wird immer grösser. Ist der uterus nun, sei es durch entzündliche Adhäsionen, sei es durch die schon vollendete Involution des Bauchfells oder durch Lagerungen vollständig fixirt, so kann er dem Zug nicht folgen, aber es entsteht durch den fortwährend ausgeübten Reiz und die mit der Dislocation Hand in Hand gehende Circulationsbehinderung eine Hypertrophie des cervix, und zwar — war nur die vordere Scheidenwand prolabirt — der portio media — die hintere, der portio supravaginalis — beide — eine totale Hypertrophie des cervix. Dieses sind die eigentlich nicht correct unter den prolapsus utri eingereihten Cervixhypertrophieen, die gleichwohl sehr häufig sind.

Ist der uterus nicht fixirt, folgt er dem Zug, und es entsteht das Bild des echten prolapsus utri.

Nach Schröder*) soll sich nicht selten der echte pro-

*) Schröder, Krankh. der weibl. Genit., die Kapitel über Prolaps·

lapsus uteri aus der Cervixhypertrophie in der Weise herausbilden, dass bei eintretender seniler Involution der fundus immer tiefer tritt, bis er zuletzt vor der vulva liegt.

Verschiedene Momente können ausserdem den Vorfall der Scheide und der Gebärmutter begünstigen: Als das häufigste gehört hierher ein Dammriss, wodurch die hintere Vaginalwand zerstört wird. Denn diese bildet die physiologische Stütze der vorderen. Ist diese durch eine Dammruptur zerstört, so kann die vordere Scheidenwand natürlich um so eher prolabiren. Nach Went soll der prolapsus uteri nach einer Dammruptur in der Weise zu Stande kommen, dass das in der Muskulatur und den Fascien des Beckens befestigte, vorher gekrümmte und elastische, federnde Scheidenrohr jetzt durch den Dammriss seine Elasticität und seine Krümmung verlöre. Durch das jetzt gerade Scheidenrohr soll der uterus leicht herabgleiten. Hildebrandt hält diesen Mechanismus für rein theoretisch construirt und gekünstelt. Ich kann mich der Ansicht Hildebrandt's nur anschliessen.

Ausserdem wird ein retrovertirter uterus viel leichter prolabiren, als ein normal liegender. Seine Axe fällt mit der Scheidenaxe nahezu zusammen. Ein von der Scheide ausgehender Zug kann ihn also viel leichter herabziehen, als wenn seine Axe mit der Scheidenaxe einen Winkel bildet. Auch wird er in diesem Falle durch seine eigne Schwere fast direct nach dem introitus vaginae hingezogen werden.

Weitaus am seltensten sind die Fälle, in denen der uterus selbst primär sich senkt, die Scheide aufrollt und schliesslich prolabirt. Hier wird der cervix nicht gezerrt er kann also auch nicht hypertrophiren.

Eine genaue Diagnose der jedesmaligen Entstehungsweise ist natürlich für die einzuschlagende Therapie von grosser Bedeutung. Dieselbe kann aber nach dem Gesagten keine Schwierigkeiten machen. Das Bestehen oder Fehlen eines oder beider Vaginalgewölbe, eine Cystocele oder Rectocele, Länge und Stand des uterus werden das Leiden selbst, seinen Grad und seine Entstehungsart in den meisten Fällen genau bestimmen.

Es leuchtet nun von vornherein ein, dass die Methoden, die ein Stück aus der vorderen Vaginalwand entfernten, die kolporaphia anterior für sich allein nur für die Fälle wird verwerthet werden können, in denen es sich um nichts weiter, als um einen Vorfall der vorderen Scheidenwand mit Cystocele handelt. Die kolporaphia anterior allein kann — selbstverständlich neben der Heilung einer Cystocele zur Beseitigung eines eventuellen Uterusprolaps nicht anders wirken, als durch die gleichzeitig mit ihr verbundene Verengerung des Scheidenlumens. Dass eine solche aber zur Rentention des vorgefallenen uterus nicht genügt, hatten schon frühere Methoden zur Genüge dargethan.

Die Erfolge, die man mit ihr als Heilungsverfahren gegen den prolapsus uteri erzielte, sind auch nichts weniger als erfreulich. Von fünf Patientinnen, bei denen Simon die kolporaphia anterior zur Rentention der Uterus prolaps ausführte, wurde nur eine geheilt und „diese hatte vorher durch die Operation eines zugleich bestehenden Dammrisses einen sehr breiten und festen Damm erhalten*)."

Ausserdem wirkt die kolporaphia anterior, wie C. v. Engelhardt ausführt, geradezu günstig für das Zustandekommen eines prolapsus uteri, denn „das dem Vorfall gesetzte Hinderniss besteht in einer Längsfalte in der vorderen Scheidenwand; da nun in den Scheidenwandungen die Narbencontraction vorwiegend in der Längsrichtung erfolgt, so wird der uterus, der auf der nach oben gerichteten Basis dieser Falte ruht, in dem Maasse, als ihre Schrumpfung fortschreitet, herabsinken."

Trotzdem darf man die kolporaphia anterior nicht aus der Reihe der berechtigten Operationen streichen; nur wird man ihre Ausführung, wie gesagt, auf die Fälle des isolirten Prolapses der vorderen Vaginalwand mit Cystocele beschränken müssen. Zur Heilung des ausgebildeten Gebärmuttervorfalls wird sie nur im Verein mit anderen Operationen anzuwenden sein; und da der Uterusprolaps wiederum meist mit einem Vorfall der vorderen Scheidenwand verbunden,

*) C. v. Engelhardt. „Simons kolporaphia posterior."

ja dieser sehr oft der Primäre des Uterusvorfalls ist, so wird man sie andererseits in den meisten Fällen nicht entbehren können.

Die Kolporaphia anterior für sich allein genügt also, wie wir sehen, zur Heilung des ausgebildeten prolapsus uteri nicht, denn sie beseitigt allerdings das erste ins Auge springende Stadium, nicht aber die Ursache derselben.

Diese Ursachen bestehen, wie wir oben ausgeführt haben, in einer Erschlaffung und Ausweitung der gesammten Geburtswege. Die hintere Vaginalwand und der Beckenboden, die von diesen Veränderungen nicht zum wenigsten betroffen werden, sind, wie schon mehrfach erwähnt, die Stütze der vorderen Scheidenwand und der weiblichen Genitalien überhaupt. Ist diese Stütze erschlafft und functionsunfähig geworden oder durch einen Dammriss geradezu zerstört, so ist der Weg zum Vorfall der Scheide und der Gebärmutter gebahnt. Hintere Scheidenwand und Beckenboden sind es also, gegen die sich eine rationelle und radicale Therapie richten muss. Als Erster, der in dieser Weise zu operiren suchte, wird von Schröder Baker Brown genannt, nach C. v. Engelhardt soll Marshall Hall und Andere schon vor ihm versucht haben, den Damm zu verstärken.

Zur Characteristik der Baker Brownschen Operation führe ich die Worte Schröders hier an: „Er frischte von der hinteren Commissur aus in die Scheide hinein an und nähte mit mehreren Zapfen- und Knopfnähten, letzteres aber nur vom Damm aus, so dass der Damm verlängert wurde und die Narbe nur wenig in die Scheide hineinging. Bei der Cystocele entfernte er ausserdem aus der oberen Partie des Scheideneinganges auf jeder Seite einen Streifen von 1″ Länge und $^3/_4$″ Breite und nähte die Schleimhauträuder zusammen. — Dieses Verfahren ist ganz ungenügend, da es doch eigentlich nur den Damm verlängert, also nicht viel mehr leistet als die Operation von Fricke.“

Die brillanten Erfolge, die Baker Brown mit seiner Operation erzielt haben will, konnten von Andern nicht erreicht werden. Auch ist die Statistik, die er über die von ihm selbst operirten Fälle giebt, nach C. v. Engelhardts Ausführung

nicht gerade geeignet, grosses Vertrauen zu erwecken. Simon operirte in drei Fällen ebenso, nur dass er erstens die Naht nicht nur vom Damm aus legte, sondern die Dieffenbachsche mehrseitige Naht anwandte und zweitens ausserdem aus den Seitentheilen der Scheide grosse Schleimhautstücke excidirte. Die Resultate waren gut, aber die Operation selbst sehr blutig und complicirt, weshalb er sie bald wieder verliess.

Ehe ich mich jetzt zu dem heute noch geübten, sehr vervollkommneten Verfahren wende, möchte ich noch zwei Methoden besprechen, die man nach meiner Meinung weder unbedingt verwerfen, noch aber auch als Heilverfahren κατ' ἐξοχήν gegen den Prolaps aufstellen darf; ich meine die Methode Huguiers und die kürzlich von Neugebauer aufgestellte.

Dass Huguier bei der Empfehlung seiner Methode insofern von ganz falschen Ansichten ausgeht, als er die Hypertrophie der portio supravaginalis in der Regel für das Primäre des Uterusvorfalls hält, ist schon so oft erörtert und betont, dass ich mich begnügen kann, hier wieder daran erinnert zu haben. Wenn nun aber auch seine Ansichten über die Aetiologie des Prolapses zu verwerfen sind, so bin ich doch der Meinung, dass man sein Operationsverfahren — die Amputation der portio vaginalis — oft wird anwenden müssen; allerdings immer nur, wie meist auch die Kolporhaphia anterior, als Hülfsoperation neben anderen Verfahren. Denn die secundäre Hypertrophie des cervix kann so hochgradig sein, dass die Reposition des uterus unmöglich wird — oder so veraltet, dass die Reposition d. h. eine Entfernung des die Hypertrophie hervorrufenden Momentes allein nicht genügt, den uterus auf sein normales Volumen zu verkleinern. In beiden Fällen wird die Amputation der portio vaginalis nicht umgangen werden können.

Dieselbe wirkt erstens so, dass sie den uterus um das abgetragene Stück direct verkleinert. Diese Verkleinerung kann unter Umständen sehr beträchtlich sein — wenn nemlich die portio vaginalis, die ja ebenfalls unter dem Einfluss der circulationshemmenden Prolapserscheinungen

stehn und mithin ebenfalls schwellen und hypertrophiren muss, bedeutend vergrössert ist. Sie wirkt zweitens durch den mit der Operation verbundenen Blutverlust. Durch diesen wird das hyperämisch geschwellte Organ in toto verkleinert.

Ich möchte hier, um nicht missverstanden zu werden, noch einige Worte über die Hypertrophie der portio vaginalis reden: dass ein Leiden, durch das der ganze uterus in den Zustand einer hyperämischen und oedematösen Schwellung versetzt wird, diese Wirkung auch auf die portio ausübt, ist von vornherein so klar, dass darüber kein Wort weiter zu verlieren ist. Ganz falsch wäre es jedoch, dies als die gewöhnliche Ursache der Hypertrophie der portio vaginalis anzusehen. Für gewöhnlich ist die Vergrösserung der Vaginalportion ein Leiden, das ganz isolirt, ohne gleichzeitige Vergrösserung des uterus auftritt, das obwohl in seinen Ursachen noch nicht erklärt, mit dem Uterusprolaps durchaus nicht in aetiologischem Zusammenhang steht. Dass eine portio vaginalis so gross werden kann, dass sie durch ihre Schwere den uterus dislociren, zur Senkung bringen kann, ist von vornherein denkbar. Ihre Wirkung würde dann die eines tumors sein, der je nach Grösse und Sitz durch Druck oder Zug die verschiedensten Dislocationen der benachbarten Organe zu Wege bringt. Eine Amputation der portio hätte dann auch eine Reposition und Retention des uterus zur Folge. Diese Fälle gehören indess, ebenso wie die durch tumoren bedingten Dislocationen des uterus in andere Kapitel, nicht aber in das Bild des normalen Unterusvorfalls, weshalb ich sie oben bei der kurzen Schilderung des Leidens auch nicht mit berücksichtigt habe.

Dr. Karl v. Rokitansky hält die Amputation der portio vaginalis für entbehrlich. Er berichet in seinem „Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Sitzung der Wiener medicinischen Doctoren am 30. December 1880“, dass sich der uterus nach der Reposition immer sehr schnell verkleinert habe und hält deshalb seine ganze Vergrösserung weniger durch Hypertophie als durch oedematöse Schwellung hervorgerufen. Wenn das so ist, so hat Rokitansky jedenfalls

nur Fälle operirt, in denen das Leiden noch jüngeren Datums war. Denn es ist allerdings klar, dass der cervix auf die von den Vaginalwänden ausgehende Zerrung zuerst nur durch oedematöse Schwellung reagiren kann. Dass aber aus diesem Oedem eine echte Hypertrophie des cervix hervorgehen kann und nach hinlänglicher Dauer hervorgehen muss, ist ebenso klar. Auch haben andere Operateure — ich nenne nur Hegar, Schröder, Fritsch — die Amputation der portio vaginalis nicht entbehren können. Hegar ist nach Hüffel sogar ein grosser Freund derselben.

Nun giebt es allerdings Fälle von Uterusverfall, in denen die Hypertrophie des Gebärmutterhalses das Primäre ist, und diese Fälle sind nach Winkel gar nicht selten*). Diese würden dann, wenn man sie in ihrer Entstehungsweise diagnosticiren könnte die einzigen und strengen Indicationen für die Verkleinerung des cervix — als Heilmittel für sich allein gegen den Prolaps abgeben. Da sie aber genau dasselbe pathologische Bild darbieten, wie die Prolapse mit primärem Scheidenvorfall — da sie ferner trotz alledem im Vergleich zu der Häufigkeit des Prolapses überhaupt, selten sind, so darf man sich in keinem Fall damit begnügen, mit der Verkleinerung des cervix einen Uterusvorfall heilen zu wollen.

Die Amputation der portio vaginalis als Heilmittel gegen den Prolaps ist also nach dem oben Gesagten nur als Hülfsoperation zu betrachten. Die Indication dazu ist gegeben durch echte Cervix hypertrophie.

Ich komme jetzt zu dem Neugebauerschen Verfahren. Da dasselbe von competenter Seite, so viel ich weiss, noch keine Beurtheilung erfahren hat, so ist eine Besprechung desselben hier — allerdings von nicht competenter Seite — um so eher am Platze. Es ist, wie es Neugebauer im Centralblatt für Gynäkologie, herausgegeben von Dr. H. Fehling und Dr. H. Fritsch genau beschreibt, kurz Folgendes: Es wird ein längsovales Schleimhautstück von 4—5 cm. Länge und 25 mm. Breite sowohl aus der vorderen als auch genau

*) S. Winkel. Krankh. d. weibl. Genitalien S. 84.

correspondirend aus der hinteren Vaginalwand excidirt. Den Ort der Anfrischung wählt er dicht unter dem os uteri, so dass die untere Grenze mindestens einen Zoll vom introitus vaginalis entfernt ist. Die Anfrischung soll bei Frauen, die voraussichtlich nicht mehr concipiren werden, genau median liegen, bei jüngeren mehr lateral. Die correspondirenden Anfrischungsflächen werden durch die Naht vereinigt und zusammengeheilt.

Man sieht, dass N. mit seiner Methode das schon von Gérardin angegebene Verfahren wieder aufnimmt. Es ist im Grund dasselbe, nur dass Gérardin erstens noch nicht blutig operirte und zweitens im unteren Theil der vagina anfrischte, während N. dicht unter dem os uteri operirt. Dasselbe Verfahren hatte auch Mende schon früher angegeben; ein ähnliches Spiegelberg. Letzterer frischte aber nicht genau correspondirende Flächen an, sondern legte die Anfrischungsfläche der vorderen Vaginalwand in die untere, die der hinteren in die obere Scheidenhälfte. Diese vereinigte er dann. Dieses Verfahren scheint mir theoretisch wenigstens vor dem Neugebauerschen den Vorzug zu verdienen. Ich werde unten noch darauf zurückkommen.

Es ist durch diese (Neugebauers) Operation der Vaginalkanal dicht unter dem uterus in der Länge der Anfrischung in zwei Kanäle getheilt, von denen nach einfacher Berechnung jeder einzelne — die Ausdehnung der beiden excidirten Schleimhautstücke selbst mit abgerechnet — weniger als die Hälfte des ganzen Scheidenlumens beträgt.

Die Operation wirkt also erstens durch eine Scheidenverengerung. Diese ist so hochgradig, wie sie die früheren unter dem Namen der Kolpodesmorraphie zusammenzufassenden Methoden schwerlich haben erzeugen können. Sie wirkt ausserdem auf folgende Art: Es ist klar, dass der uterus nicht anders prolabiren kann, als indem er die aneinander liegenden Scheidenwände wie ein Keil von einander trennt. Er thut dies, indem sich die durch den prolabirenden uterus repräsentirte Kraft in zwei Componenten zerlegt, von denen die eine senkrecht zur Vaginalaxe wirkt und eben die aneinander liegenden Scheidenwände von

einander trennt. Dieser Componente aber wirkt die von N. angelegte Narbe direct entgegen. Der cervix uteri ruht also entweder direct auf der Narbe, und dann trägt ihn dieselbe; oder er bohrt sich in einen von den beiden neugeschaffenen Scheidenkanälen und sucht diesen zu erweitern. Die Narbe ist stark genug — sie weicht nicht, und das übrig gebliebene Stück der dehnbaren Scheidenwandung ist ebenfalls nicht umfangreich genug, um genügend erweitert werden zu können. Da nun die Anfrischung im Gegensatz zu der von Gérardin direct unter dem uterus sitzt, dieser also durch die Narbe auch in normaler Höhe gehalten wird, so scheint die Neugebauersche Operation alle Eigenschaften zu besitzen, einen prolabirten uterus zurückzuhalten.

Trotzdem kann man — wenigstens theoretisch — mehrere mir nicht unwichtig scheinende Ausstellungen an ihr machen. Die Methode N. wählte, wie wir sahen, die obere Scheidenhälfte als Angriffspunkt. Die unteren Hälften der vorderen und hinteren Vaginalwand werden von ihr ganz unberücksichtigt gelassen, können also in ihrem pathologisch erschlafften Zustande verharren und ungehindert vorfallen. Das ist namentlich für die vordere Vaginalwand von Wichtigkeit. Denn diese — und zwar eben gerade ihre untere Hälfte pflegt zuerst zu prolabiren (s. Hüffell, Fritsch u. A.). Sie ist zwar durch die Narbe an der hinteren Vaginalwand befestigt — um mit Fritsch zu reden „aufgehängt". Ich kann mir aber nicht denken, dass diese Narbe hinreichend wäre ein so grosses Schleimhautstück — der untere Rand der Anfrischung liegt mindestens einen Zoll vom introitus entfernt — am Vorfall zu hindern. Nach den Anschauungen, die ich bis jetzt von der Dehnbarkeit der Vaginalwandungen erhalten habe, ist ein Schleimhautstück von einem Längendurchmesser von mindestens einem Zoll gross genug, um in sich selbst so weit erschlaffen zu können, dass es sich senkt und durch den gewöhnlich erweiterten introitus prolabirt. Das wäre dann wieder ein Prolaps der vorderen Vaginalwand mit Cystocele, die allerdings keinen sehr grossen Umfang wird annehmen können.

Doch dürfte schon die Möglichkeit auch einer geringen Cystocelenbildung mit consecutivem Blasenkatarrh u. s. w. ein schwerwiegendes Moment gegen die Neugebauersche Operation sein. Neugebauer berichtet selbst, dass bei einer seiner Patientinnen „die äusserst schlaffe Vaginalwand links neben jener Brücke sich abwärts gesenkt und unter Verdrängung letzterer nach rechts hin bis zwischen die labia pudendi nach aussen vorgestülpt habe". Das beweist die Möglichkeit eines Scheidenvorfalls trotz Neugebauers Operation.

Gerade die Theile also, die primär und darum natürlich am meisten erschlafft sind, werden durch die N. Operation am wenigsten berücksichtigt. Spiegelberg genügt dieser Forderung besser; indem er, wie oben erwähnt die Auffrischung der vorderen Vaginalwand in die untere Hälfte der Scheide verlegt.

Diese Gründe führen mich zu der Ueberzeugung, dass man nur in den Fällen sicher darauf wird rechnen können, durch die N. Operation Erfolge zu erzielen, wo der Prolaps des uterus das Primäre ist, wo es sich um keine Cystocele und keine Rectocele, überhaupt um keine Erschlaffung der Scheidenwände handelt, die Vagina selbst nicht anders in Mitleidenschaft gezogen ist, als dass sie durch den primär vorfallenden uterus aufgerollt, invertirt ist. Dass N. bei einer hochgradigen echten Cervixhypertrophie ebenfalls nicht allein mit seiner Kolporrhaphia mediana auskommen kann, ist an sich so klar, dass darüber kein Wort weiter zu verlieren ist. Das kann indess kein Vorwurf für ihn sein. Die Amputation der portio vaginalis wird wohl durch keine Methode ganz überflüssig gemacht werden können. Doch möchte ich ihm einen Vorwurf daraus machen, dass seine Methode die Cervixamputation geradezu nöthig macht — auch in den Fällen nöthig macht, in denen die einfache Retention schon genügen würde, den vergrösserten uterus zu verkleinern. Denn die N. Operation, eine Vereinigung von dicht unter dem os uteri liegenden Auffrischungsflächen, wird in sehr vielen Fällen erst dann ausführbar sein, wenn der uterus schon vorher auf sein normales volumen zurück-

geführt ist. Das kann aber nur dadurch geschehen, dass entweder die portio vaginalis amputirt wird oder der uterus durch langdauernde Bettruhe in der Reposition erhalten wird. Ein dritter Einwand dürfte der sein, ob durch eine auch bei lateraler Anfrischung bis über die Hälfte in ihrem lumen verengte Scheide eine eventuell später erfolgende Geburt möglich ist. Mir ist nicht bekannt, ob eine der nach N. Methode operirten Patientinnen später noch geboren hat. Doch halte ich die Geburt eines normalen Kindskopfes durch einen auf diese Art verengte Scheide nur in der Weise für möglich, dass entweder künstlich durch das Messer oder durch den andrängenden Kindskopf das relativ schwache Narbengewebe wieder gelöst und so Platz geschafft wird.

Warum soll man also auf eine im Grunde schon veraltete Methode zurückgreifen, wenn es neuere Verfahren giebt, die sich bei einer später erfolgenden Geburt schon bewährt haben, die namentlich den oben erörterten Eventualitäten mit grösster Sicherheit vorbeugen; die also alles das leisten, was die N. Methode nach aller theoretischen Ueberlegung nicht leisten kann?

Bei alledem sind das alles, wie gesagt, nur theoretische Bedenken, die vielleicht durch die praktische Erfahrung schon widerlegt sind. Die Casuistik der zwölf Fälle, die N. auf seine Art operirt hat, ist mir nicht zugänglich gewesen. Nur eine genaue Prüfung derselben, hinsichtlich des Alters des Leidens und der Patientinnen, der Aetiologie und der Eigenart jedes einzelnen Falles, namentlich aber des thatsächlichen Erfolges der Operationen — unter dem Erfolg einer Prolapsoperation ist aber eine dauernde Retention aller prolabirenden Theile zu verstehen, nicht nur eine momentane — könnte entscheiden, ob die Methode Neugebauers Aussicht hat, unter den Prolapsoperationen eine berechtigte Stelle einzunehmen. Sollte das der Fall sein, so hätte sie allerdings noch den nicht hoch genug zu schätzenden Vortheil grosser Einfachheit für sich.

Ehe ich mich jetzt zu den Methoden wende, die sich heute um den Vorrang streiten, die in jeder Hinsicht besten

Resultate zu liefern, scheint es mir nothwendig, die Beziehungen der Dammplastik zu den Prolapsoperationen überhaupt, mit wenigen Worten näher zu erörtern. Dr. Matzinger sagt in seiner Monographie der Bischoff'schen Kolpoperineoplastik*): „Die Operation des Scheidengebärmuttervorfalls ist in weitaus den meisten Fällen auch die Operation eines veralteten Dammrisses, sei es eines completen oder nur partiellen. Es wird dies bewiesen nicht nur durch die so häufige Coincidenz beider Zustände, sondern auch schon durch den Umstand, dass in den Lehrbüchern die gleiche Operation bald unter den gegen dieses bald unter den gegen jenes Uebel angewendeten Heilmethoden rubricirt ist."

Herr Professor Fritsch weist in seinem Lehrbuch der Frauenkrankheiten bei der Besprechung der Prolapsoperationen einfach auf seine früher angegebene Methode der Perineoplastik zurück. Er ist also derselben Meinung.

Für die Praxis ist das entschieden richtig. Die meisten Scheiden-Gebärmuttervorfälle sind eben als directe Folgen einer Dammruptur zu betrachten und eine operative Beseitigung dieser die einzige rationelle Therapie. Das rein theoretische Bedenken, dass ein operativer Eingriff wohl genügen könne, einen nicht mit prolapsus uteri complicirten completen Dammriss mit seinen directen Folgen der incontinentia alvi zu heilen, ohne aber einen vielleicht später erfolgenden prolapsus zu verhüten, ist müssig. Jeder Operateur wird eben bei einer Dammruptur auch auf den häufig sich anschliessenden Uterusprolaps sein Augenmerk richten und danach seine operativen Massnahmen treffen.

Trotzdem ist es nothwendig, bei einer genauen Besprechung auch die seltenen Fälle zu berücksichtigen, die nicht eine Folge einer Dammruptur sind, deren Ursache nur in einer Erschlaffung der weiblichen Genitalien zu suchen ist, die aber gleichwohl ebenfalls nur durch eine plastische Operation geheilt werden können. Denselben Unterschied haben auch Simon und Hegar gemacht, denn sie schlugen

*) S. Matzinger: „Die Kolpoperineoplastik nach Bischoff.

andere Operationen für den Prolaps vor, andere für den Dammriss; und aus dem Umstand, dass ihre Prolapsoperationen nicht, oder wenigstens nur modificirt für die Perineoplastik des completen Dammrisses zu verwerthen waren, geht hervor, dass sie ihre Prolapsoperationen nur für die Fälle berechneten, die nicht in Folge einer Dammruptur entstanden sind. Die Frage ist heute kurz dahin zu formuliren, dass man bei einer Betrachtung der Prolapsoperationen nothwendig auch, ja in erster Linie die Methoden der Perineoplastik betrachten müsse. Ich glaube indessen speciell die Dammoperationen hier deshalb übergehen zu können, weil über dieselben schon so viel Vortreffliches geschrieben ist, dass ich hier nur recapituliren könnte. Auch sind dieselben erst kürzlich in einer hier erschienenen Inauguraldissertation einer näheren Erörterung unterworfen worden. Ich wiederhole hier nur, dass ich ebenso, wie der Verfasser derselben die von Herrn Prof. Fritsch angegebene Methode der Dammplastik für die beste halte. Sie ist die am wenigsten eingreifende und complicirte und beansprucht den geringsten medicinischen Apparat. Sie wird der Individualität des Falles mehr als jede andere gerecht und was die Hauptsache ist: Ihr operativer Effect ist ebenso befriedigend, wie der aller anderen eingreifenderen, complicirteren Methoden.*)

Ich will mich hier, soweit es bei der Verwandtheit beider Operationen überhaupt möglich ist, nur auf die Methoden beschränken, die mir für den Prolaps ohne Dammriss angegeben zu sein scheinen; ich meine die Kolporrhaphia posterior von Simon und die Kolpodesmorrhaphia von Hegar. Wenn ich die Kolpoperineoplastik nach Bischoff hier anreihe, so werde ich eigentlich schon inconsequent. Denn diese Operation wird für die Heilung eines completen Dammrisses sehr wohl zu verwerthen sein. Eine strenge Scheidung ist indess von vornherein nicht möglich, wie ich überhaupt die Dammoperationen mehrfach werde berühren müssen. Ebenso dürfte die von A. Martin angegebene Methode sehr wohl ebenfalls als Dammoperation verwerthet werden können.

*) S. Thomas. Inauguraldissertation: Ueber Dammplastik.

Ich kann mich indess um so eher auf diese vier Methoden beschränken, weil gerade sie es sind, die sich heute den Rang streitig machen. Jede von ihnen hat ihre eifrigen Anhänger und Vertheidiger gefunden, jede von ihnen hat gute Resultate erzielt. Betrachten wir zuerst die Simonsche Kolporrhaphia posterior.

Eine ausführlichere Beschreibung von ihr giebt C. v. Engelhardt. Sie ist kurz folgende: Nach vollständiger Reposition aller vorgefallenen Theile wird das Operationsfeld freigelegt und mit Hülfe von Speculis angespannt. Es wird jetzt aus der hinteren Vaginalwand ein 5—6 Centimeter breites und ebenso langes, fünfeckiges nach oben um einen Centimeter sich verjüngendes Schleimhautstück excidirt. Die untre Grenze der Wunde verläuft dicht an der Grenze der äusseren Haut. Die Wunde wird darauf vom oberen Winkel anfangend mit abwechselnd tiefen und flachen Nähten vereinigt.

Der Effect dieser Operation besteht in einer kielartig nach vorn in das lumen der Scheide einspringenden oben dicht unter dem cervix und ebenso unten dicht hinter der Symphyse schroff abfallenden Längsfirst. Die Höhe des Firstes ragt unten über den unteren Rand der Symphyse hervor. Entweder legt sich nun der cervix des reponirten Uterus oben auf den oberen schroff nach hinten abfallenden Rand dieses Firstes, und dann liegt er in normaler Höhe und wird vollständig sicher gehalten auf der ganzen rigiden Längsnarbe. Oder: er gleitet von diesem oberen Rand herab und bohrt sich wie ein Keil in die gleichzeitig hochgradig verengte Scheide. Selbst, wenn er diese nun vollständig passirt, so kann er immer nur bis zur Symphyse kommen, denn der Längsfirst springt, wie gesagt, so weit in die Scheide hinein vor, dass er den unteren Rand der Symphyse überragt. Der uterus wird also in diesem Falle immer noch eine unüberwindliche Stütze in der knöchernen Symphyse erhalten und allerdings tiefer als normal aber immer noch innerhalb des Beckenraumes sich befinden.

Die Erfolge quoad sanationem, die Simon damit erzielte, liessen nichts zu wünschen übrig — aber in dem einen

Falle, in dem eine spätere Geburt erfolgte, hielt die neugebildete Narbe dem Andrängen des Kindskopfes nicht Stand. In dem untern Theil der vagina entstanden mehrere Einrisse und der Längsfirst wurde in Folge der Ausweitung der Scheide durch den andrängenden Kindskopf in toto abgeflacht. Er erfüllte jetzt seinen Zweck nicht mehr und es war eine Nachoperation nöthig.

Dieser eine Fall hätte nichts zu bedeuten, wenn aus der oben ausgeführten Wirkungsweise der Simon'schen Operation nicht klar hervorginge, dass dieses Unglück eben bei jeder Geburt eintreten muss. Selbst wenn keine Verletzungen entstehen, wird doch der Längsfirst immer so weit abgeflacht werden, dass er unten nicht mehr über den unteren Rand der Symphyse hervorragt und damit ist die Wirkung der Simon'schen Operation illusorisch.

Das wäre also ein Nachtheil der Simon'schen Operation, der sie in vielen Fällen widerrathen möchte.

Winkel hat neuerdings die Methode Simons folgendermassen modificirt*): „Er macht die Anfrischung viel niedriger, erzielt aber dadurch eine bessere Barrière, dass er die Schleimhaut nicht entfernt, sondern von der Mitte aus nach der Seite abpräparirt und nach dem lumen der Scheide hineingeklappt vereinigt. Ist also Simons Figur höher, so ist Winckels Anfrischungsfläche breiter ringförmig die Vagina umkreisend."

Die Hegar'sche Anfrischungsfigur ist die eines einfachen Kreisausschnittes. Der radius derselben beträgt je nach der Grösse des Vorfalls 6—8½ Centimeter, die Sehne 6—8 Centimeter. Die untere Grenze desselben verläuft an der hinteren Commissur. Die langen Schenkel dieser Figur werden von dem oberen Winkel an mit Drahtsuturen vereinigt. Diese Operation wirkt auf folgende Art (Fritsch**): „Die Narbe hat den Zweck, eine Inversion der Scheide zu verhindern. Ist es auch unmöglich, die oberen Befestigungsmittel in ihrer Integrität wieder herzustellen, so kann man

*) S. Fritsch „Die Krankheiten der Frauen.
**) S. Fritsch „Frauenkrankheiten".

der Scheide künstlich ihre Enge und Rigidität wiedergeben. Das geschieht durch Schaffung einer festen, unnachgiebigen Narbe, welche den Damm neubildend bis zur portio zieht. Dadurch wird die portio gleichsam oben gehalten und der uterus gehoben. Allmählich verkleinert er sich und wird durch den Druck der Gedärme auf die Blase gepresst, so entsteht die normale Lage, bei der ein Prolaps nunmehr nicht wieder erfolgt."

Diese Methode hat bis jetzt die besten Resultate geliefert. Die Retention des Prolapses war in allen Fällen, wo die Heilung nicht durch unvorhergesehene, der Methode selbst nicht vorzuwerfende Complicationen gestört wurde, eine vollständige und dauernde.

Von den Vorwürfen, die man ihr macht, ist nur der eine haltbar, dass sie wegen der grossen Anfrischungsfläche ein grösserer Eingriff ist, als die übrigen, dass die Spannung der Wundränder aus demselben Grund eine sehr grosse ist und die üblen Folgen derselben nur durch die sorgfältigste Nahtlegung verhütet werden können. Eine sehr umfangreiche von Hüffell zusammengestellte die besten Resultate nachweisende Statistik beweist aber, dass diese Schwierigkeiten überwunden werden können, allerdings mit der nöthigen Sorgfalt — aber bei welcher Operation darf man überhaupt anders vorgehen als mit der peinlichsten Sorgfalt? Dass sie einer später erfolgenden Geburt nicht genügenden Widerstand leisten könne, indem die Rigidität der Narbe wegen der hochgradigen Scheidenverengerung allzusehr gelockert würde, wird durch Hüffells Statistik ebenfalls widerlegt. In mehreren Fällen erfolgte normale Geburt, ohne dass der Erfolg der vorangegangenen Kolpodesmorraphie aufgehoben und ohne dass eine neue Operation nöthig geworden wäre.

Die Bischoff'sche Methode hat zwar noch nicht eine so grosse Anzahl geheilter Fälle aufzuweisen, als namentlich die Hegar'sche, dürfte aber doch in gewissen Fällen, den Vorzug vor allen andern verdienen. Sie sucht im Gegensatz zu der Simon'schen und Hegar'schen weniger durch Scheidenverengerung, als dadurch den Prolaps zurückzu-

halten, dass sie den Winkel, den uterus und Vaginalachse bildet, möglichst klein macht, d. h. die vagina nach vorn abknickt.

Sie erreicht das durch folgende Anfrischungsmethode (s. Matzinger):

„Es werden von zwei Punkten der hintern Vaginalwand, welche symmetrisch zur Mittellinie gleich weit von ihr entfernt, 8—12 Ctm. oberhalb des introitus liegen und deren 4—6 Ctm. lange Verbindungslinie die Breite der Lappenbasis angiebt, zwei gegen den anus zu convergirende Schnitte geführt, die einander an der Uebergangsstelle der Schleimhaut der vagina in diejenige des anus resp. in die äussere Haut treffen; sodann wird von demselben Punkte aus das Skalpell nach aussen und oben geführt, so dass die Schnitte den introitus (gewöhnlich) im unteren Drittheil der kleinen labien erreichen. Mit einer gezähnten Pincette wird nun von dem gebildeten stumpfen Winkel aus die Schleimhaut der vorgezeichneten Dreiecke in ihrer ganzen Dicke abgetragen und zwar möglichst viel mit Fingernagel und Skalpellstiel, hie und da unter Nachhilfe des Messers. Sind diese seitlichen Dreiecke bis an ihre durch den hintern Rand des introitus gebildete Basis angefrischt, so wird der Lappen der hinteren Vaginalwand abgelöst, selbstverständlich in der gleichen Tiefe der seitlichen Anfrischung. Sodann wird der ganze hintere untere Umfang der rima bis zu den Endpunkten der von der vagina ausgehenden Schnitte mit Messer und Hohlscheere abgetragen, so dass jetzt das hintere Vaginalende und der introitus in dem bezeichneten Umfange eine grosse Wundfläche darstellt, von deren Schleimhaut nur noch der Lappen frei herabhängt.

Es werden nun durch Catgutnähte die beiden Ränder des Lappens von der Spitze des Winkels aus mit den nach aussen verlaufenden Schenkeln der seitlichen drei eckigen Wundflächen vereinigt. Die letzte äusserste Naht fasst die Endpunkte der beiden Schnitte und die Spitze des Lappens zusammen, welch' letztere somit zweimal von der Nadel durchbohrt wird, und bildet so die hintere Commissur. Es

bleibt jetzt eine tiefe, von zwei wunden Seitenflächen begrenzte Spalte, die nach ihrem Schluss durch tiefe, theilweise die Basis des Lappens (von seiner untern Fläche) mitfassende Silbersuturen den neuen Damm darstellt."*)

Die guten Erfolge, die Bischoff selbst mit dieser Methode erzielte, konnte namentlich Martin nicht erreichen. Von 5 Operationen, die er nach Bischoff machte, gelangen nur 2. Bei dreien scheiterte der Erfolg an teilweiser oder totaler Gangrän des mittleren, zungenförmigen Lappens.

Er stellte deshalb eine andere Methode auf und ging dabei von einer Ansicht aus, die schon Freund bei seiner Perineoplastik aufgestellt und eifrig vertreten hatte. Nach seiner Meinung kommt es hauptsächlich darauf an, der anatomischen Anlage der Scheidenwandungen gerecht zu werden. Nur so sei es möglich, die Spannung der Gewebe bei der Nahtlagerung auf ein Minimum zurückzuführen; in dieser hochgradigen Spannung liege der hauptsächlichste Grund, warum noch öfter die für den Erfolg der Operation so wichtige prima intentio ausbliebe. Simon und Hegar operirten, wie wir sahen, in der Art, dass sie die hintere Scheidenwand — die Columna rugarum also mit — zum grossen Theile excidirten, die Wundränder der breiten Wunden durch die Naht vereinigten. Zum Verständniss der Martinschen Operation ist es nöthig, sich wieder daran zu erinnern, dass die Scheidenwandungen in der Weise zu einander liegen, dass vordere und hintere sich breit aneinanderlegen, die seitlichen aber senkrecht stehen, wodurch auf dem Durchschnitte die Figur eines liegenden H entsteht. Es entstehen so zu beiden Seiten der Columna rugarum zwei Furchen, in denen die Scheidenwandungen sich ebenfalls direct berühren. Martin frischt nun in diesen Furchen an und lässt die Columna rugarum selbst stehen. Es leuchtet ein, dass auf diese Art sehr einfach und sicher die so gefährliche Spannung der Gewebe vermieden wird, denn ebenso wie die Scheidenwandungen werden sich natürlich auch die Wundflächen aneinanderlegen. Nach Bischoffs Verfahren

*) Matzinger, Die Kolpoperineoplastik nach Bischoff.

wurde zwar die Columna rugarum posterior ebenfalls erhalten, aber da sie selbst abgelöst nur mit einer breiten Brücke mit dem übrigen Gewebe in Verbindung blieb, so war sie selbst der Necrotisirung ausgesetzt. Ausser diesen Wundflächen, die Martin zu beiden Seiten der Columna rugarum schafft, frischt er im introitus eine Fläche an, deren Bewegungslinien zunächst beiderseitig von den unteren, äusseren Enden dieser ersten Wundflächen nach den Seiten bis zur halben Höhe des introitus verlaufen, von da spitzwinklig sich umbiegen — in bogenförmiger Linie zwischen Schleimhaut und äussererer Haut sich hinziehend vor dem After sich treffen.

In Bezug auf das Nähere der Operation und namentlich der Nahtlegung muss ich auf die Martinsche Schrift (No. 183 u. 184 der Volkm. Klinischen Vorträge) verweisen, da eine Beschreibung derselben ohne erläuternde Figur schwer verständlich wäre.

Immerhin geht aus dem oben Gesagten schon so viel hervor, dass die zu vereinigenden Wundflächen durch die Naht wenig oder gar nicht verzogen zu werden brauchen, da sie ja normaliter schon einander liegen. Die so gefährliche Spannung ist also fast vollständig vermieden.

Der plastische Erfolg der Martinschen Operation ist erstens der einer Scheidenverengung und zweitens eine Abknickung der vagina nach vorn (ähnlich wie bei der Bischoff'schen). Dass diese Abknickung genügt um einen Prolaps zurückzuhalten, hatte Bischoff schon gezeigt. Martin weist in einer Statistik von 20 Fällen gute Resultate nach.

Der grösste Vorzug, den die Bischoffsche und Martinsche Methode vor Simon und Hegar voraushaben, liegt darin, dass bei ihnen die Scheidenverengerung eine sehr geringe ist. Die Schwierigkeiten, die aus der Simonschen und Hegarschen Operation für Cohabitation und spätere Geburten erwachsen, werden durch Bischoff und Martin mit grosser Sicherheit verhütet; und das dürfte für gewisse Fälle von grosser Wichtigkeit sein.

Ziehen wir jetzt einen resümirenden Schluss aus den vorhergegangenen Betrachtungen, so müssen wir vor allen

Dingen zu der Ansicht kommen, dass es im wesentlichen vier Methoden sind, die practisch heute allein noch in Frage kommen können; ich meine die von Simon, Hegar, Bischoff und Martin. So vollkommen diese Methoden aber auch sein mögen, so haben sie doch auch jede ihre gewissen Mängel.

Die Simonsche Kolporrhaphia posterior bewährte sich, wie wir sahen, bei einer folgenden Geburt nicht und wird sich nach allen Ueberlegungen niemals bei einer Geburt bewähren können.

Die Hegarsche erfordert erstens eine bedeutende Wunde und verengert zweitens das Scheidenlumen in der Weise, dass mehrfach die Cohabitation sehr erschwert wurde. Für sie spricht auf der andern Seite die grösste Anzahl geheilter Fälle.

Der Vortheil der Bischoff'schen Methode liegt wie schon erwähnt, in einer geringeren Scheidenverengerung, wodurch die Schwierigkeiten einer späteren Geburt bedeutend verringert werden. Gegen sie spricht ihre Complicirtheit und vor allen Dingen der schwerwiegende Umstand, dass selbst einem solchen Operateur wie Martin über die Hälfte seiner nach Bischoff ausgeführten Operationen nicht glückten. Die Martinsche Operationsmethode ist allerdings nicht weniger complicirt als die Bischoffsche, doch setzt sie keine der in das Operationsfeld gezogenen Gewebstheile der Gangrän aus (wie die Bischoffsche). Dabei hat sie dieselbe Vorzüge wie die Bischoffsche, d. h. die Verengerung der Scheide, die sie bedingt, ist nicht so hochgradig um bei einer späteren Geburt hinderlich zu werden.

Danach hat also keine dieser vier Methoden den unbedingten Vorzug, eine für alle Fälle passende zu sein. Die Simonsche werden wir nur anwenden können, wo wir mit Sicherheit wissen, dass eine spätere Geburt nicht mehr erfolgen wird. Wo das allerdings mit Sicherheit feststeht, wo ausserdem der Prolaps nicht in allzu excessivem Grade sich ausgebildet hat, in solchen Fällen wird sie sogar den Vorzug vor der Hegarschen verdienen, da sie nicht so eingreifend ist.

Die Hegarsche wird bei allen Fällen von sehr ausge-

dehnten Scheiden und Gebärmuttervorfall die besten Resultate erzielen.

Die Bischoff'schen und Martin'schen Methoden werden überall da anzuwenden sein, wo eine später erfolgende Geburt wahrscheinlich ist. Der operative Affect ist bei beiden nahezu derselbe. Es fragt sich nun, welcher von beiden Methoden man in diesen Fällen den Vorzug geben soll. Beide sind gleich complicirt und eingreifend. Ich würde der Martinschen unbedingt den Vorzug geben, da eine eventuelle Gangrän des mittleren zungenförmigen Lappens (die bei der Bischoff'schen Operation sehr leicht eintreten kann) den Erfolg der Operation doch sehr in Frage zieht. Ausserdem wird sie der anatomischen Anordnung der Scheidenwandungen bei weitem besser gerecht, als die Bischoff'sche.

Aus alledem geht hervor, dass der practische Operateur fast bei keiner Operation so individualisiren muss, wie gerade bei den prolapsoperationen. In manchen Fällen mag es sehr schwer sein, zu entscheiden, welche Methode für die Individualität des vorliegenden Falles den Vorzug verdient. In diesen Fällen dürfte die Martin'sche zu wählen sein, da durch diese alle Eventualitäten (einer spätern Geburt) am meisten Berücksichtigung finden.

Am Schlusse dieser Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Professor Fritsch, der mich zu dieser Arbeit anregte, mir dazu seine Bibliothek in zuvorkommenster Weise zur Verfügung stellte, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur:

1. C. v. Engelhardt, Die Retention des Gebärmuttervorfalls durch die Kolporrhaphia posterior. Heidelberg 1871.
2. Fritsch, Krankheiten der Frauen. Braunschweig 1881.
3. Fritsch, Lageveränderungen der Gebärmutter. Stuttgart, Enke. 1881.
4. Martin, Ueber Prolaps und dessen operative Behandlung. Volkmannsche Vorträge 183, 184.
5. Dr. Karl v. Rokitansky, Die Operationsmethoden des Prolaps. Wiener med. Presse No. 3—10 (1879).
6. Centrablatt für Gynäkologie, herausg. von Dr. H. Fritsch und Fehling. 1880 No. 1 u. 2.
7. Dr. Matzinger, Zur Kolpoperineoplastik nach Bischoff. Wiener med. Bl. 1481 No. 27—38.
8. Hüffell, Anatomie und operative Behandlung des Gebärmutter- und Scheidenvorfalls. Freiburg 1873.
9. Hildebrandt, Krankheiten der weiblichen Genitalien. Stuttgart, Enke.
10. Winkel, Krankheiten der weibl. Blase. Ebd. Enke.
11. Schröder, Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane.
12. Stauffer, Deutsche med. Wochenschrift 1877 No. 2—25.
13. Egl-Sinclair, Ueber die operative Behandlung des Gebärmuttervorfalls. Schweizer Correspondenzblatt 1877 No. 17.
14. O. v. Franque, Der Vorfall der Gebärmutter in anat. u. klin. Beziehung. Würzburg 1860.
15. Thomas, Inaugural-Dissertation. Die Methoden der Perineoplastik. Halle 1880.

VITA.

Ich, Friedrich Philipp Herbst, geboren am 9. Februar 1855 zu Stassfurt, erhielt meine erste Schulbildung an der dortigen Bürgerschule. Von Ostern 1867 bis Michaelis 1870 besuchte ich das Kgl. Pädagogium zu Halle a. S., von da bis Michaelis 1875 die lateinische Hauptschule daselbst, wo ich am 6. August 1875 das Maturitätsexamen bestand. Im Wintersemester 1875/76 und im Sommersemester 1876 war ich auf der vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg als Theologe inscribirt, von da bis zum Ende des Jahres 1880 als Mediciner. Das tentamen physicum bestand ich am 6. August 1878, vom 24. Januar bis zum 3. Juni 1881 die medicinische Staatsprüfung, am 19. December 1881 das examen rigorosum. Vorlesungen hörte ich bei folgenden Herren Professoren: Ackermann, Fritsch, Gräfe, Kohlschütter, Olshausen, Volkmann, Weber, Welcker und folgenden Herren Docenten: Genzmer, Marchand, Kraske, Küssner, Solger.

Allen diesen Herren spreche ich an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank aus.

THESEN.

I.

Oberschenkelfracturen sind am besten mit Extension zu behandeln.

II.

Bei jüngern Individuen ist die Martinsche Methode der Prolapsoperation allen andern vorzuziehen.

III.

Das Delirium tremens ist nicht als eine Krankheit sui generis, sondern als eine Exacerbation des chronischen Alkoholismus aufzufassen.